

“Ouvrez l’œil sur les paupières!”

→ A. ROUSSEAU

Service d’Ophtalmologie, CHU,
KREMLIN-BICETRE.

C’est dans le cadre des 5^{es} Journées Interactives de Formation de Réalités Ophtalmologiques (JIFRO) qu’a été organisé un symposium sur le thème “Ouvrez l’œil sur les paupières” présidé par le Pr J.P. Adenis (Limoges) et qui a réuni de nombreux ophtalmologistes.

Lunettes chauffantes et lentilles de contact

D’après la communication de A. Gillibert (Limoges)

La blépharite peut être un obstacle au port des lentilles de contact, pourtant indispensables chez certains patients. A travers un cas clinique démonstratif, A. Gillibert a montré comment les lunettes chauffantes pouvaient nous aider dans le traitement de cette pathologie chronique.

Il s’agit d’une patiente âgée de 31 ans, qui présentait une baisse d’acuité visuelle secondaire à la fois à des antécédents de névrite optique et à un kératocône bilatéral évolué. Atteinte d’une acné rosacée, elle souffrait d’une blépharite postérieure rendant son équipement en lentilles rigides de plus en plus difficile à supporter. Elle rapportait des brûlures oculaires, une sensation de corps étranger et une photophobie. A l’examen, les lentilles étaient grasses avec d’abondants dépôts et il existait une kératite ponctuée superficielle bilatérale. L’acuité visuelle corrigée en

lunettes était limitée à 1/10, avec une topographie qui retrouvait des cylindres cornéens de 6 et 11 dioptries aux yeux droit et gauche, respectivement. Un traitement par soins de paupières, larmes artificielles et cyclines per os en cures discontinues améliorait la situation mais la tolérance des lentilles restait difficile, et motivait l’utilisation des lunettes chauffantes Blephasteam.

Blephasteam est un dispositif médical de lunettes chauffantes à chaleur humide, à l’intérieur duquel sont disposées des anneaux qu’il faut préalablement humidifier. Le dispositif constitue une chambre humide chauffante qui fluidifie les sécrétions meibomiennes et facilite leur expression. Un traitement comportant 2 séances quotidiennes de 10 minutes, suivies d’un massage des paupières et du rinçage des yeux avec du sérum physiologique, améliore la qualité des sécrétions meibomiennes et donc du film lacrymal. Ce bon résultat se poursuit après un an de surveillance. Les lentilles ne doivent pas être portées pendant le soin (*fig. 1*).

Après un mois de traitement, la patiente notait une nette amélioration de la tolérance de ses lentilles. A l’examen, les dépôts avaient considérablement



FIG. 1.

diminué avec une amélioration de la blépharite et du film lacrymal. A 12 mois, la patiente était toujours satisfaite, avec un port quotidien des lentilles de 12 heures par jour, bien toléré et une acuité visuelle corrigée avec ses lentilles à 3/10 à droite et 5/10 à gauche.

En conclusion, les lunettes chauffantes Blephasteam peuvent être d’une grande aide dans le traitement des formes difficiles de blépharites, et permettre aux porteurs de lentilles de continuer à bénéficier de leur équipement.

Précautions à prendre avant chirurgie de la cataracte

D’après la communication de T. Bourcier (Strasbourg)

Avec plus de 600 000 actes par an en France, la chirurgie de la cataracte se place en tête des interventions chirurgicales. L’amélioration et la standardisation des techniques chirurgicales et anesthésiques ont beaucoup simplifié cette intervention, mais elles ont également contribué à la banaliser. Elle n’est cependant pas dénuée de risques. La consultation préopératoire reste le moment privilégié pour identifier les pièges, mettre en place la stratégie la mieux adaptée au patient et informer le patient.

>>> **L’examen du cristallin** nous renseigne bien sûr sur le siège et l’intensité de la cataracte, mais peut être l’occasion de se préparer à une chirurgie délicate et d’éviter les mauvaises surprises. Une cataracte blanche (*fig. 2*) avec un fond d’œil inaccessible sera explorée par une échographie en mode B et incitera à prévoir du bleu pour faciliter le cap-

SYMPOSIUM

sulorhexis; l'existence d'une pseudo-exfoliation capsulaire fera, entre autres, redouter une fragilité de la zonule; de même, la présence de séquelles d'uvéites comme des synéchies irido-cristaliniennes ou des fragments de collerettes iriennes sur la cristalloïde antérieure feront rechercher un antécédent inflammatoire à prendre en compte pour le traitement périopératoire et l'utilisation de dispositifs pour dilater l'iris.

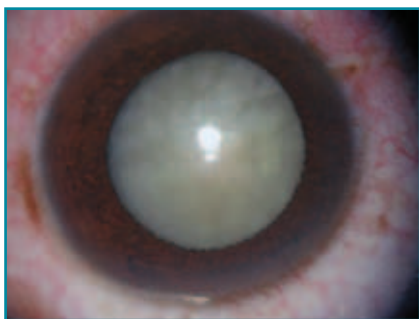


FIG. 2.

>>> **L'examen de la surface oculaire et des paupières est primordial** pour détecter des pathologies dont la prise en charge évitera bien des écueils. Une blépharite antérieure ou postérieure fera l'objet d'un traitement spécifique qui permettra de diminuer bon nombre de "récusés" le jour de l'intervention [1]. La présence de symblépharons fera suspecter une conjonctivite fibrosante qui pourrait "flamber" au décours de la chirurgie. De même, les maladies systémiques associées à des atteintes oculaires inflammatoires (sclérite de la polyarthrite rhumatoïde par exemple) doivent être bien équilibrées avant chirurgie. En présence d'un syndrome sec sévère, les collyres AINS doivent être utilisés avec précaution, en raison du risque d'ulcère cornéen [2]. S'il existe un ptérygion, son ablation précédera la chirurgie de la cataracte; en effet, la chirurgie combinée n'est pas souhaitable, elle est plus souvent compliquée d'endophtalmie et peut modifier le calcul d'implant. En cas d'antécédent d'herpès oculaire sur l'œil à opérer, une prophylaxie débutée deux jours avant la chirurgie

et arrêtée après la fin de la corticothérapie sera mise en place.

Un examen soigneux de la cornée peut aussi révéler une *cornea guttata* qui sera explorée par un comptage endothélial. Une densité inférieure à 1 000 cellules/mm² et/ou un important pléiomorphisme sont très à risque, on discutera dans les cas les plus sévères une chirurgie combinée avec une greffe endothéliale ou transfixiante.

>>> **Une suspicion de glaucome** sur une hypertonie oculaire ou une excavation papillaire sera au mieux étayée par un bilan morphologique et fonctionnel du nerf optique qui permettra, le cas échéant, d'adapter sa stratégie chirurgicale.

>>> **L'examen du fond d'œil** est crucial: en présence notamment d'une DMLA ou d'une myopie dégénérative, la recherche de complications néovasculaires permettra de prévoir une injection combinée d'anti-VEGF. Une rétinopathie ou une maculopathie diabétique peuvent nécessiter une prise en charge spécifique avant la chirurgie de la cataracte. L'examen de la périphérie au verre à 3 miroirs s'attachera à détecter les déhiscences périphériques qui seront barrées au laser avant la chirurgie.

>>> Une fois l'examen ophtalmologique complet terminé, il faut prendre le temps de donner au patient une **information détaillée**. Bien sûr, on évoquera les risques habituels de la chirurgie de la cataracte (endophtalmie, décollement de rétine, œdème maculaire, risques liés aux traumatismes de l'œil opéré) mais aussi les risques spécifiques au patient (pseudo-exfoliation capsulaire, *cornea guttata*...) et le pronostic visuel (limité en cas de pathologie ophtalmologique associée). Afin d'éviter tout malentendu, le choix de l'implant doit être également expliqué. On recueillera enfin le consentement du patient sur les fiches d'information de la SFO, systématiquement données en fin de consultation. Idéalement, le médecin référent sera

tenu informé par courrier de la décision chirurgicale.

>>> **Les prescriptions préopératoires** comprennent une ordonnance pour l'antibioprophylaxie systémique. Celle-ci est recommandée en cas d'allergie à la céfuroxime chez les patients diabétiques, monophthalmes, ayant un antécédent d'endophtalmie postopératoire ou en cas d'implantation secondaire. On prescrit un comprimé de lévofloxacine la veille et 2 heures avant le geste [3]. Il faut également penser aux collyres AINS et antiseptiques à instiller dans l'œil à opérer dans les jours précédents l'intervention, la bêta-dine Scrub pour la douche antiseptique et la coque de protection oculaire. Enfin, on remet une ordonnance pour le bilan pré-opératoire standard avec électrocardiogramme, que le patient apportera lors de la consultation d'anesthésie.

>>> **La consultation d'anesthésie** est l'occasion de recueillir les antécédents généraux du patient et notamment ceux qui peuvent influencer le déroulement de la chirurgie. Les pathologies cervicales et rachidiennes seront prises en compte pour l'installation du patient. Les médicaments alphabloquants prescrits en cas d'adénome prostatique peuvent être responsables du syndrome de l'iris flasque peropératoire. En raison du risque de rétention vésical, la dilatation à l'atropine sera évitée chez ces patients. L'allergie à la pénicilline contre-indique classiquement l'utilisation de céfuroxime en chambre antérieure, même si les allergies croisées pénicilline-céphalosporine sont rares. Il faut bien différencier les allergies à l'iode des authentiques allergies à la bêta-dine, beaucoup plus rares.

>>> **Au bloc opératoire (fig. 3)**, on procède aux dernières vérifications, listées sur la *checklist* de la Haute Autorité de Santé. Le lavage des mains est désormais idéalement réalisé par friction chirurgicale avec une solution hydroalcoolique. L'asepsie du site opératoire



FIG. 3.

est obtenue par le double badigeon à la bétadine qui doit poser à chaque fois au moins 2 minutes, le champ stérile et la protection des cils. On rappelle que 82 % des germes responsables d'endophtalmie post-opératoires proviennent de la flore conjonctivale du patient [4]. La prévention peropératoire de l'endophtalmie est assurée par une injection intracaméculaire de céfuroxime en fin d'intervention qui, en dehors des allergies aux céphalosporines voire à la pénicilline, peut être effectuée chez tous les patients [3]. Un collyre antibiotique est ensuite donné en postopératoire jusqu'à étanchéité des incisions, conformément aux recommandations Afssaps. Il convient également de prendre en charge l'inflammation et de respecter les règles de suivi postopératoire. L'ensemble du protocole de suivi postopératoire est un autre sujet intéressant qui ferait l'objet d'une communication à part entière, et qu'on ne peut résumer en quelques lignes.

Blépharite et pièges diagnostiques

D'après la communication de S. Doan (Paris)

La blépharite est une pathologie très fréquente dont les présentations cliniques sont multiples, justifiant l'adage *“les blépharites se suivent mais ne se ressemblent pas”*. Les blépharites antérieures sont caractérisées par des cils collés (blépharite staphylococcique), avec des collerettes de squames à leur

base (blépharite séborrhéique), un bord libre inflammatoire et des télangiectasies (acné rosacée). Dans l'atteinte postérieure ou meibomite, le meibum est anormalement épais, blanchâtre et le rebord palpébral postérieur peut être inflammé. Les atteintes mixtes antérieures et postérieures ne sont pas rares. Les blépharites peuvent être isolées ou accompagner des maladies cutanées dont les plus fréquentes sont l'acné rosacée et la dermite séborrhéique. Elles sont souvent associées à d'autres pathologies de la surface oculaire et doivent faire l'objet d'un traitement spécifique, indispensable pour soulager le patient. Quelques cas de tableaux trompeurs à ne pas méconnaître ont été présentés.

>>> Cas 1 : Une sécheresse “mixte”

Le cas d'une patiente âgée de 60 ans, souffrant d'une sécheresse oculaire dans le cadre d'un syndrome de Goujerot-Sjögren, avec un Schirmer et un temps de rupture du film lacrymal effondrés, s'aggrave après la pose de bouchons méatiques... (fig. 4)

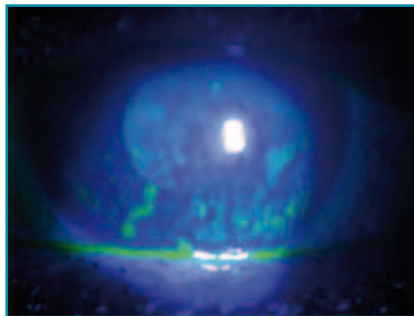


FIG. 4.

L'examen attentif retrouve une blépharite antérieure et postérieure associée. Il s'agit d'un syndrome des larmes toxiques : les cytokines inflammatoires libérées dans le meibum restent au contact de la surface oculaire. Dans ce cas, la sécheresse oculaire est d'origine mixte, résultant de l'hyposécrétion lacrymale et de la blépharite. L'association de ces deux anomalies est fréquente et repose sur des bases physiopathologiques communes,

notamment l'implication des androgènes qui régulent aussi bien la sécrétion lacrymale que la fonction meibomienne. Un traitement associé de la blépharite par hygiène des paupières permettra d'améliorer la situation.

>>> Cas n° 2 : un abcès “stérile”

Une jeune femme âgée de 24 ans, non porteuse de lentilles de contact, est adressée pour abcès de cornée, supposé fongique car n'évoluant pas malgré 10 jours d'un traitement antibiotique bien conduit... (fig. 5)

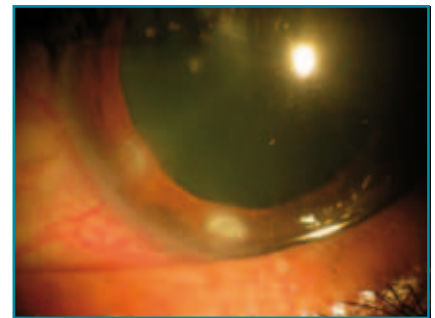


FIG. 5.

Un infiltrat cornéen blanc qui prend la fluorescéine doit bien sûr faire évoquer un abcès de cornée, mais tous les infiltrats ne sont pas infectieux. Certaines caractéristiques sont en faveur d'un processus inflammatoire : localisation périphérique, séparation du limbe par un intervalle sain, forme ovale. L'existence d'une blépharite postérieure avec dysfonction meibomienne, la présence de néovaisseaux cornéens superficiels homo- et controlatéraux inférieurs donnent des éléments majeurs en faveur du diagnostic d'infiltrat catarrhal. Ces lésions peuvent témoigner d'une hypersensibilité aux staphylocoques présents sur les paupières, sans qu'il s'agisse pour autant d'une véritable pathologie infectieuse. Le traitement est d'ailleurs complètement différent, ce sont les corticoïdes topiques qui soulageront cette patiente et non les antibiotiques. Par prudence,

SYMPOSIUM

on la surveillera initialement toutes les 48 heures pour s'assurer de la bonne évolution sous traitement. En effet, les ulcères herpétiques limbiques, plus rares, peuvent mimer ce tableau mais ils seront aggravés par les corticoïdes. On débutera parallèlement des soins de paupières et éventuellement une cycline per os. Si les récurrences sont fréquentes, on pourra proposer l'utilisation de collyre immunosuppresseur au dosage recommandé dans les pathologies inflammatoires de la surface oculaire. Attention : ces deux traitements sont formellement contre-indiqués en cas de grossesse. Il faut cependant savoir que, à côté des infiltrats cornéens, les blépharites peuvent être responsables d'épisodes d'épisclérite voire de sclérite et entraîner des lésions de fibrose conjonctivale modérée comme des symblépharons.

>>> Cas n° 3 : Une conjonctivite allergique intraitable...

Un patient de 35 ans atteint d'une conjonctivite allergique sévère n'est pas soulagé par les collyres anti-histaminiques et les corticoïdes... (fig. 6).

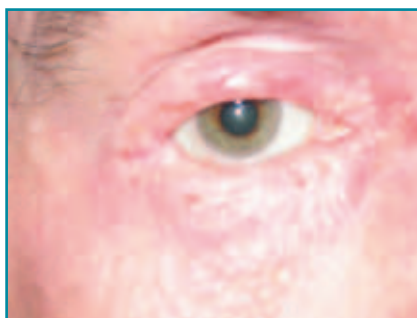


FIG. 6.

A l'examen, on note un eczéma des paupières et une blépharite mixte associée à une conjonctivite papillaire bilatérale. L'interrogatoire retrouve un lourd passé atopique : il s'agit d'une kératoconjonctivite atopique, forme sévère d'allergie oculaire, touchant les adultes jeunes, plus fréquente chez les hommes. Le traitement, difficile, comportera des lavages oculaires au sérum physiologique non conservé, des anti-histaminiques par voie topique et générale. La cortico-dépendance est fréquente et rend les collyres immunosuppresseurs souvent nécessaires. Les dermocorticoïdes faibles sont utiles pour le traitement de l'eczéma palpébral. En cas de récurrence,

il ne faut pas hésiter à demander l'aide d'un dermatologue expérimenté qui pourra prescrire des topiques cutanés à base d'immuno-modulateurs souvent efficaces. Là encore, le traitement de la blépharite associée est indispensable.

Conclusion

Comme nous l'avons vu, l'examen des paupières est un temps indispensable de la consultation ophtalmologique. Il apporte des renseignements précieux pour le diagnostic, la compréhension des pathologies de surface et la mise en route d'un traitement adapté.

Bibliographie

1. STEAD RE, STUART A, KELLER J *et al.* Reducing the rate of cataract surgery cancellation due to blepharitis. *Eye* (London) 2010; 24 : 742.
2. GUIDERA AC, LUCHS JJ, UDELL JJ. Keratitis, ulceration, and perforation associated with topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ophthalmology*, 2001; 108 : 936-944.
3. Afssaps. Antibioprophylaxie en chirurgie oculaire. Recommandations de bonnes pratiques. Mai 2011.
4. SPEAKER MG, MENIKOFF JA. Prophylaxis of endophthalmitis with topical povidone-iodine. *Ophthalmology*, 1991; 98 : 1769-1775.